Aus der Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten des Zahnärztlichen Instituts der Universität Breslau und aus dem Konventhospital der Barmherzigen Brüder, Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Partsch)

# Über Mundbodenzysten.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Erich Dziadek,
Zahnarzt in Breslau.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Partsch.

Bis in die Hälfte des 19. Jahrhunderts faßte man unter dem Namen Ranula alle möglichen Mundbodengeschwülste, wie Dermoide, Atherome, Lipome, Echinococcenzyston usw. zusammen.

Heutzutage versteht man unter Mundbodenzysten zwei Arten: 1. Dermoide und 2. die Ranula.

## I. Die Dermoide.

Man versteht unter Dermoiden zystische Tumoren, deren Wand in ihrem Aufbau dem der normalen äußeren Haut gleicht. Sie werden überall da gefunden, wo durch entwicklungsgeschichtliche Störungen Epidermiskeime Gelegenheit gefunden haben, liegen zu bleiben. Es handelt sich nach den neueren histologischen Forschungen bei den Dermoiden um eine Retention von Epidermiskeimen. Die Dermoide sind scharf zu trennen von den Atheromen, da die letzteren als Retentionszysten von Haarbälgen und Talgdrüsen aufzufassen sind. Nach einer Darlegung der entwicklungsgeschichtlichen Vorgänge führt Verfasser die theoretisch möglichen Einschlußstellen von Epidermiskeimen an:

1. die Gegend dicht vor und hinter dem medianen Teil des Unterkiefers,
2. die medialen Teile des Zungenbeins,
3. die Gegend zwischen Unterkiefer und Zungenbein,
4. die Gegend zwischen den Hörnern des Zungenbeins.

Verfasser teilt nun 5 Krankengeschichten von Mundbodendermoiden mit.

Die Dermoide machen folgende klinische Erscheinungen: Bei stärkerem Wachstum drängt die Zyste die Zunge nach oben und hinten, wölbt auch den Mundboden nach außen halbkugelig vor. Über Schmerzen hat kein Patient geklagt; nur werden durch die verlagerte Zunge mitunter Beschwerden beim Schlucken, Sprechen und Atmen beschrieben. Im Alter von

14—28 Jahren beobachtet man die Dermoide am meisten. Eine besondere Disposition des einen oder anderen Geschlechtes ist nicht vorhanden. Die hier beobachteten Dermoide waren weder am Zungenbein noch an der Mandibula adhärend, auch lagen sie nicht median, sondern seitlich im Gegensatz zu den Ausführungen anderer Autoren.

Die Prognose ist günstig.

Für die Therapie kommt als einzig rationelle Methode die Exstirpation in Betracht. Sollte sie sich vom Munde aus nicht vollständig bewerkstelligen lassen, so muß man von außen in der Regio submentalis parallel dem inneren Unterkieferrande eingehen und es gelingt wohl immer, die Zyste in toto herauszuschälen.

## II. Die Ranula.

Nach dem Bericht über die heutzutage nur historischen Wert besitzenden Erklärungsversuche der Genese der Ranula bespricht Verfasser die auf mikroskopischen Untersuchungen beruhenden Theorien von Neumann, v. Recklinghausen und v. Hippel.

Ersterer gibt auf Grund des Flimmerepithels, das er an der Innenseite seiner Zyste gefunden hat, an, daß die Bochdalekschen Drüsenschläuche des Zungengrundes der Entstehungsort der Ranula seien, weil sonst im Bereich des Mundbodens kein normalerweise Flimmerepithel tragendes Organ vorhanden sei.

v. Recklinghausen leitet die Entstehung der Ranula von einer zystischen Erweiterung des Ausführungsganges der Gland. Nuhnii in der Zungenspitze ab.

v. Hippel dagegen bezeichnet die Ranula als Rententionszyste der Gland. sublingualis infolge von chronisch interstitieller Entzündung in einem der kleinen Ausführungsgänge eines Drüsenbezirks mit sekundärer zystischer Degeneration der ganzen Drüse.

Nach den heutigen Anschauungen kann sich die Ranula entwickeln:

1. in Fällen, wo Flimmerepithel vorhanden ist, aus den Bochdalekschen Drüsenschläuchen,
2. aus der Blandin-Nuhnschen Zungenspitzendrüse,
3. aus der Gland. sublingualis.

Im hiesigen Institut wurden 13 Fälle von Ranula behandelt, deren Krankengeschichten der Verfasser mitteilt.

Was den histologischen Wandaufbau anbelangt, so unterscheidet man zwei Schichten, eine schmälere, innere, sehr zellreiche Zone, und eine breitere, äußere, zellärmere Schicht, die hauptsächlich aus einem derben fibrillären Bindegewebe besteht. In dieser Schicht sieht man zahlreiche mehr oder weniger pathologisch veränderte Drüsenläppchen. Vor allem fällt die ungeheure Infiltration mit kleinen Rundzellen auf und zahlreiche neugebildete Blutgefäße und in deren Nachbarschaft Hämorrhagien.

Was die klinischen Erscheinungen anbelangt, so sieht man die Ranula einseitig neben dem Frenulum als eine runde Geschwulst von bläulich durchscheinender Farbe liegen. Sie kommt in jedem Lebensalter und bei beiden Geschlechtern unterschiedslos vor. Die Schleimhaut ist normal, verdünnt sich aber bei größerem Wachstum. Ebenso treten dann Beschwerden beim Kauen und Sprechen ein, auch wird die Atmung durch die verlagerte Zunge behindert. Oft platzt eine solche Ranula und entleert den Inhalt, eine helle Flüssigkeit, und Patient glaubt sich geheilt. Dies dauert nicht lange und die Ranula bildet sich von neuem.

Die Prognose ist günstig.

Von den unzähligen im Laufe der Zeit angegebenen Heilungsmethoden haben sich nur zwei bewährt.

1. Die Exstirpation, die allerdings bei der Zartheit der Zystenwand oft auf große Schwierigkeiten stößt.

2. Die von Partsch angewandte Methode: Exzision eines großen Ovals aus der Zystenwand und Vernähung der Schleimhautränder mit denen des Zystenbalges. Betreffs der Entfernung der Gland. subling. mit der Zyste verfährt Partsch so, daß da, wo die Gland. fest an der Ranula anhängt oder sie sich leicht entfernen läßt, sie teilweise oder ganz entfernt wird. Die im hiesigen Institut sowohl bei Dermoiden wie bei der Ranula angewandten Operationsmethoden haben nur gute Resultate gezeitigt und können daher aufs wärmste empfohlen werden.

---